

別紙様式 2

交 付
療育手帳 再 交 付 申請書
再 判 定

年 月 日

西三河福祉相談センター長殿

(本人又は保護者氏名)

交 付
療育手帳の 再 交 付 を受けたいので、下記のとおり申請します。
再 判 定

() 福祉事務所
(幸田) 町・村役場 経由

本人	個人番号															生 年 月 日	性 別
	ふりがな 氏 名													年 月 日			男・女
	ふりがな 住 所	〒444- ぬかたぐんこうたちょうおおあざ 額田郡幸田町大字 TEL () -															
保護者	ふりがな 氏 名													生 年 月 日			本人との続柄
														年 月 日			
	ふりがな 住 所	〒444- ぬかたぐんこうたちょうおおあざ 額田郡幸田町大字 TEL () -															
施設入所		有・無		有の場合		施設名											
身体障害者 手帳の有無		有・ 無	有の 場合	番号				交付年月日		・							
				障害名										種 級			
再交付 再判定 の場合		療育手帳記号番号						第 号									
		交付年月日						年 月 日交付									
再交付 理由等		理由	1. 破れた 2. なくした 3. よごれた 4. その他 ()														
		手帳の利用ができなくなった日												年 月 日			

(*面接に同行する方 (氏名 : 携帯電話 :))
(日本産業規格 A 列 4 番)